

**UMOWA NR /2019  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

zawarta w dniu ..... r. w Rzeszowie na podstawie art. 26, 26a i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 poz. 2190 j.t. z późn. zmian.) pomiędzy

**Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Rzeszowie**

35-111 Rzeszów, ul. Krakowska 16  
REGON 690028840, NIP 813-28-92-063

reprezentowanym przez:

**Dyrektora – Zbigniewa Widomskiego**  
zwanym dalej **Udzielającym zamówienie**  
a

.....

NIP: ..... REGON: .....

zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie**

Mocą zgodnego oświadczenia woli, po przeprowadzeniu konkursu ofert strony umowy ustalają, co następuje:

§ 1

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania czynności polegających na **badaniu i terapii logopedycznej na rzecz pacjentów:**  
- **Poradni Logopedycznej Przychodni MSWiA w Rzeszowie,**  
- **Oddziału Neurologicznego Szpitala MSWiA w Rzeszowie.**
2. Miejscem wykonywania świadczeń zdrowotnych jest Poradnia Logopedyczna Przychodni MSWiA w Rzeszowie oraz Oddział Neurologiczny Szpitala MSWiA w Rzeszowie.

§2

1. **Przyjmujący zamówienie** świadczy usługi pacjentom **Udzielającego zamówienie** uprawnionym do leczenia na podstawie umów podpisanych z NFZ i innymi podmiotami.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania świadczeń w sposób ciągły i systematyczny w czasie trwania umowy.

§3

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy w dniach i godzinach określonych w harmonogramie stanowiącym załącznik nr 1 i 2 do umowy.
2. Udzielane na podstawie umowy świadczenia zdrowotne muszą być niezbędne, celowe i adekwatne do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia pacjentów pod rygorem odmowy zapłaty wynagrodzenia przez **Udzielającego zamówienie.**

§ 4

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń z jak najlepszym wykorzystaniem wiedzy medycznej i umiejętności zawodowych, z uwzględnieniem postępu w zakresie medycyny oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania:
  - a) przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów,
  - b) Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie,
  - c) standardów udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
  - d) procedur i standardów obowiązujących w SP ZOZ MSWiA w Rzeszowie.

3. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do potwierdzania zapoznania się z dokumentami, o których mowa w ust. 2 poprzez system informatyczny „Isolda” służący do zarządzania organizacją i dokumentacją ISO.

#### § 5

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, w tym dokumentacji medycznej elektronicznej obowiązującej u **Udzielającego zamówienie**.
2. Informacje dotyczące pacjenta, a w szczególności jego choroby mogą być przekazane uprawnionym instytucjom i osobom trzecim tylko na zasadach wynikających z obowiązujących przepisów.
3. **Przyjmujący zamówienie** ponosi całkowitą odpowiedzialność za prowadzone leczenie w tym prowadzoną dokumentację.

#### § 6

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do przestrzegania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz stosowania zarządzeń i dokumentów obowiązujących u **Udzielającego zamówienia** związanych z przetwarzaniem danych osobowych.
2. Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych przez **Przyjmującego zamówienie** stanowi załącznik nr 4 do umowy.

#### § 7

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do:

- a) zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń zdrowotnych z minimalną sumą gwarancyjną określoną odpowiednimi przepisami,
- b) dostarczenia **Udzielającemu zamówienie** kopii polisy, o której mowa w pkt a),
- c) utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy stałej sumy gwarancyjnej,
- d) zgłaszania wszelkich zmian w zakresie posiadanych kwalifikacji w szczególności dotyczących specjalizacji, certyfikatów umiejętności, tytułów naukowych oraz dostarczenia **Udzielającemu zamówienie** dokumentów potwierdzających te zmiany.

#### § 8

**Przyjmującego zamówienie** obowiązuje bezwzględny zakaz pobierania opłat oraz innych dóbr od pacjentów, członków ich rodzin lub osób trzecich działających w imieniu bądź na rzecz wcześniej wymienionych z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową, jak również udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie wskazującym na spożycie alkoholu lub jego spożywanie w czasie wykonywania świadczeń.

#### § 9

**Przyjmujący zamówienie** dla celów realizacji niniejszej umowy we własnym zakresie na własny koszt zabezpieczy:

- a) odzież ochronną,
- b) aktualne szkolenia z zakresu BHP,
- c) aktualne badania profilaktyczne zgodnie z obowiązującymi wymogami.

#### § 10

1. **Przyjmujący zamówienie** przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli **Udzielającego zamówienie**, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych podmiotów.
2. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie wg zasad określonych w art. 27 ust. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. W razie stwierdzenia przez Narodowy Fundusz Zdrowia nieprawidłowości przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynikających z niniejszej umowy z winy **Przyjmującego zamówienie** i obciążenia **Udzielającego zamówienie** skutkami finansowymi tych nieprawidłowości, **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się pokryć szkody wynikłe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych na rzecz **Udzielającego zamówienie**.  
W szczególności dotyczy to następujących przypadków:
- nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w harmonogramach stanowiących załączniki do umowy,
  - udaremniania kontroli albo niewykonania w wyznaczonym terminie zaleceń pokontrolnych,
  - nieuzasadnionej odmowy udzielenia świadczeń,
  - prowadzenia dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa,
  - kwalifikowania i wskazywania do rozliczenia świadczeń w sposób niezgodny z zasadami określonymi przez NFZ.

#### § 11

- Przyjmujący Zamówienie** ma obowiązek powiadomić **Udzielającego Zamówienia** na piśmie o każdej nieobecności powodującej przerwę w udzielaniu świadczeń nie później niż 30 dni przed planowaną nieobecnością.
- Przyjmujący Zamówienie** w sytuacjach będących skutkiem działania siły wyższej ma obowiązek zgłosić swoją nieobecność niezwłocznie telefonicznie do Pielęgniarki Koordynującej Poradni Specjalistycznych tel. 17 86 43 349 lub do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa tel. 17 86 43 266 oraz w możliwie jak najkrótszym terminie na piśmie.
- Druk podania o wyrażenie zgody zgodnie z załącznikiem nr 5 w przedmiotowej umowie.

#### § 12

- Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie wynikające z iloczynu liczby godzin udzielonych świadczeń i ceny jednostkowej, o której mowa w § 14.
- Wynagrodzenie płatne jest przelewem na rachunek bankowy **Przyjmującego zamówienie** zawarty w złożonych fakturze lub rachunku.
- Przyjmujący zamówienie** wystawia rachunek i doręcza **Udzielającemu zamówienie** do **12-go** dnia miesiąca za poprzedni miesiąc sprawozdawczy. Rachunek wyszczególnia: ilość godzin udzielanych świadczeń, ich cenę oraz wartość łączną.
- Zapłata następuje do **30-go** dnia następnego miesiąca po okresie sprawozdawczym przy zachowaniu terminu, o którym mowa w punkcie poprzedzającym. Opóźnienie tego terminu powoduje odpowiednie przesunięcie terminu zapłaty.
- Za dzień zapłaty uważa się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienie**.

#### § 13

**Przyjmujący zamówienie** dostarczy do **Udzielającego zamówienie** wykaz ilości godzin wykonywania świadczeń wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do niniejszej umowy.

#### § 14

Strony ustalają następującą stawkę udzielanych świadczeń zdrowotnych:

- a) wykonywanie badań i terapii logopedycznej - ..... zł brutto/godz.

#### § 15

- Udzielający zamówienie** dla potrzeb realizacji przedmiotu umowy nieodpłatnie zabezpieczy:
  - odpowiednią ilość przeszkolonego personelu medycznego średniego i niższego,
  - pomieszczenia wraz z wyposażeniem, środki łączności oraz artykuły biurowe,
  - artykuły sanitarne, leki i sprzęt medyczny niezbędny do realizacji przedmiotu umowy,
  - wykonywanie badań diagnostycznych niezbędnych w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.
- Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest racjonalnie gospodarować środkami wymienionymi w ust. 1.

§ 16

Umowa ulega rozwiązaniu:

- a) z upływem czasu, na który była zawarta,
- b) z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych,
- c) wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 3 - miesięcznego okresu wypowiedzenia,
- d) wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.

§ 17

W razie rozwiązania niniejszej umowy **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest niezwłocznie przekazać **Udzielającemu zamówienie** dokumenty, pieczętki i inne materiały związane ze świadczeniem usług.

§ 18

Umowa niniejsza zostaje zawarta na okres **od dnia ..... r. do dnia ..... r.**

§ 19

Jeżeli w toku wykonywania umowy wystąpią okoliczności, których strony nie mogły przewidzieć przy jej zawieraniu będzie to podstawą do wystąpienia stron o renegotjację warunków umowy lub skrócenie czasu jej obowiązywania.

§ 20

1. Postanowienia niniejszej umowy oraz wszelkie informacje uzyskane o drugiej stronie umowy nie podane do publicznej wiadomości są objęte tajemnicą zarówno w czasie trwania umowy jak również po jej ustaniu.
2. Naruszenie zakazu, o którym mowa wyżej rodzi obowiązek zapłaty kary umownej w wysokości 5.000,00 zł.

§ 21

1. Zmiana postanowień umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Spory wynikłe na tle realizacji umowy, strony poddają pod rozstrzygnięcie właściwego rzeczowo sądu w Rzeszowie.
3. Do kwestii nie uregulowanych umową mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz inne przepisy pozostające w związku z niniejszym zamówieniem.

§ 22

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienie**

**Harmonogram  
udzielania świadczeń zdrowotnych  
w Poradni Logopedycznej**

poniedziałek	w godzinach .....
wtorek	w godzinach .....
środa	w godzinach .....
czwartek	w godzinach .....
piątek	w godzinach.....

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienie**

Harmonogram  
udzielania świadczeń zdrowotnych  
w Oddziale Neurologicznym

poniedziałek	w godzinach .....
wtorek	w godzinach .....
środa	w godzinach .....
czwartek	w godzinach .....
piątek	w godzinach.....

**Przyjmujący zamówienie**

**Udzielający zamówienie**

Wykaz ilości godzin udzielania świadczeń  
w Poradni Logopedycznej i Oddziale Neurologicznym  
w miesiącu .....

Dzień miesiąca	Ilość godz. wykonywanych świadczeń zdrowotnych w Poradni Logopedycznej	Ilość godz. wykonywanych świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurologicznym	Podpis
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
<b>Razem</b>			

.....  
podpis i pieczęć Ordynatora/ Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

Rzeszów, dnia ..... r.

**Upoważnienie imienne do przetwarzania danych osobowych.**

Na podstawie art. 24 ust. 2 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta upoważniam Panią/Pana

.....  
(imię i nazwisko osoby upoważnionej)

Wykonującą świadczenia zdrowotne w:

**Oddziale Neurologicznym Szpitala MSWiA w Rzeszowie**  
**i**  
**Poradni Logopedycznej Przychodni MSWiA w Rzeszowie**  
(nazwa komórki organizacyjnej)

do przetwarzania danych osobowych w zakresie :

*wskazanym przez zapisy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej przez Administratora danych z osobą upoważnioną przez okres trwania umowy.*

.....  
podpis administratora danych

.....  
podpis Przyjmującego zamówienie

Rzeszów, dnia.....

**PODANIE**  
**o wyrażenie zgody na nieobecność**

Imię i nazwisko:.....

Miejsce udzielania świadczeń: .....

nazwa poradni

*Stosownie do postanowień umowy nr ..... z dnia ..... o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na nieobecność :*

*w dniu.....*

*w dniu.....*

*w dniu.....*

*w dniu.....*

*zgodnie z moim harmonogramem wykonywania świadczeń zdrowotnych.*

.....  
podpis osoby zgłaszającej swoją nieobecność

Opinia Pielęgniarki Koordynującej Przychodni:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Wyrażam zgodę na ww. nieobecność

.....  
data i podpis

.....  
podpis Dyrektora/Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

Wg rozdzielnika:

1. Sekcja Kadr i Spraw Socjalnych (oryginał),
2. Dział Informatyki, Rozliczeń i Statystyki Medycznej (kserokopia)